



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V.
te Arnhem

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), indicatie, afbakening Zvw-Wmo

Zaaknummer : 201701235

Zittingsdatum : 12 september 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Zuid-Limburgpakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Herverzekeren Verplicht Eigen Risico Zuid Limburg is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 3 april 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 26 mei 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 28 november 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 27 februari 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 maart 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 15 maart 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 maart 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 2 maart 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 11 april 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018010916) de commissie medegedeeld geen advies te kunnen uitbrengen omdat op basis van het dossier niet kan worden vastgesteld of het toezicht op de medicatie-inname alsmede de ondersteuning bij het douchen onder de Zvw valt. Een afschrift van de brief van het Zorginstituut is op 17 april 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 september 2018 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. De indicierend wijkverpleegkundige heeft namens verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: *"(...) 3 keer per week ondersteuning bij de douchebeurt, dagelijks een belmoment om medicatie inname te controleren. (...) De heer heeft een WMO indicatie Begeleiding, tevens heeft de heer een aangepaste douche, WC, beugels en beschikt hij over een scootmobiel en een aangepaste schoen met beugel (...) Ik kies voor PGB omdat ik dan zelf een vaste verzorger kan uitzoeken. Ik heb eerder een indicatie Persoonlijke Verzorging via het CIZ gehad. Ambulante Thuiszorg was toen de zorgverlenende instantie. Ik kan er niet tegen dat er steeds andere zorgverleners aan de deur staan en dan ook nog niet altijd op een vaste tijd. Vaak liet ik de verzorger aan de deur staan of zorgde ik ervoor dat ik niet thuis was. Dat komt ook omdat ik liever geen pottenkijkers heb, ik houd de zorg liever op afstand. Aan een vaste zorgverlener geef ik me eerder bloot, letterlijk en figuurlijk. De zorgaanbieder die mij persoonlijke verzorging gaat verlenen vertrouw ik volledig. Zij is ook bekend met mijn achtergrond. Door haar laat ik me (aan)sturen en begeleid[en] in mijn dagelijks leven en dus ook m.b.t. de persoonlijke verzorging. Zij kan op vaste tijdstippen komen en het is ook geen probleem voor haar om de tijd aan te passen als ik (mijn situatie) hierom vraag(t). Dit komt mijn persoonlijke verzorging ten goede en mijn persoonlijke verzorging is hiermee ook adequaat en gegarandeerd. (...)".*
De wijkverpleegkundige heeft bij verzoeker een indicatie gesteld voor drie uren Persoonlijke Verzorging per week.

4.2. In het 'Assessment' van 9 februari 2017 heeft de indicierend wijkverpleegkundige over verzoeker verklaard: *"(...) Hersenbeschadiging vanaf de geboorte waardoor tremoren en spasmen cerebrale paralyse. Gedeeltelijke verlamming aan linker arm. COPD. Slechte heup, spier om heup is beschadigd onderbroken door trauma. DM tablet onafhankelijk, heeft voedingsadviezen. (...) Ik heb [verzoeker] bezocht en denk dat de aangevraagde 3 uur goed te verantwoorden zijn. Dhr. heeft duidelijke beperkingen ten gevolge van tremoren en spasmen. Ook de fijne motoriek van de handen is gestoord. Dhr. is een corpulente man, beperkt mobiel en transpireert hevig. Drie keer per week ondersteuning bij de douchebeurt is daarom nodig. Tevens wordt Dhr. dagelijks gebeld om te controleren of Dhr. zijn medicatie heeft ingenomen. Dhr. kan zich moeilijk concentreren en heeft tevens een drankprobleem. (...) Dhr. heeft een aangepaste douche, wc en beugels. Dhr. transpireert veel en knoeit geregeld ten gevolge van spasmen en tremoren. Dhr. heeft intensieve controle en aansturing nodig. Dhr. wordt 3 keer per week ondersteun[d] bij de douchebeurt. Soms lukt de zelfzorg redelijk maar vaker ook niet door de tremoren en spasmen. ADL wordt dan geheel of gedeeltelijk overgenomen. Tevens heeft Dhr. moeite met concentratie, aansturing bij ADL is hierdoor nodig. (...)".*

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor het PGB vv afgewezen op de grond dat een deel van de zorg waarvoor het PGB vv is aangevraagd, niet is opgenomen in de Zvw. Het zou hierbij gaan om Begeleiding.
- 4.4. Uit navraag bij de wijkverpleegkundige is gebleken dat zij is benaderd door de ziektekostenverzekeraar, waarbij haar is medegedeeld dat voor een douchebeurt volgens de ziektekostenverzekeraar niet 45 minuten, maar 20 minuten nodig zijn. Na "onderhandeling" is overeenstemming bereikt dat voor de douchebeurt toch 45 minuten zouden worden toegekend, maar dat de medicatie-inname zorg betreft die ten laste komt van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De ziektekostenverzekeraar wilde een bandopname maken waarbij de wijkverpleegkundige moest verklaren dat zij hiermee akkoord was. De wijkverpleegkundige heeft echter geweigerd, waarop de ziektekostenverzekeraar haar heeft medegedeeld dat geen PGB vv wordt toegekend.
- 4.5. Naar aanleiding van de afwijzing van het PGB vv heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar gevraagd toe te lichten welke zorg wél onder de Zvw valt. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop medegedeeld dat hulp bij het wassen en aankleden hieronder valt, maar dat niet is komen vast te staan hoe vaak die momenten zich voordoen. In het 'Assessment' van de wijkverpleegkundige is evenwel precies weergegeven welke werkzaamheden moeten worden verricht. Niet valt in te zien hoe deze werkzaamheden nader moeten worden toegelicht. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch verklaard in te kunnen stemmen met een PGB vv voor drie keer 45 minuten per week voor de uit te voeren douchebeurten. Hoe de ziektekostenverzekeraar vervolgens bij zijn afwijzing komt, is daarom onduidelijk. Voor zover de ziektekostenverzekeraar stelt dat de meerwaarde van een verpleegkundige bij de zorg van tijdelijke aard zou zijn, geldt dat althans op dit moment kennelijk volgens de ziektekostenverzekeraar kennelijk ook sprake is van een meerwaarde. De toevoeging van de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker hiervoor gebruik kan maken van zorg in natura (ZIN) kan verzoeker niet volgen, aangezien hij hierin zelf een keuze mag maken.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker benadrukt dat de onderhavige indicatie op de juiste wijze is gesteld door de indicerend wijkverpleegkundige. Verder erkent de ziektekostenverzekeraar dat de geïndiceerde zorg in het geval van verzoeker noodzakelijk is. Hij wijst hem immers op zorg in natura in verband met zijn tijdelijke zorgvraag. Het is evenwel niet aan verzoeker te bepalen in welke vorm hij de noodzakelijke zorg wenst te ontvangen. Voorts was de ziektekostenverzekeraar aanvankelijk bereid een PGB vv toe te kennen voor 135 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor hulp bij het douchen. De ziektekostenverzekeraar is gehouden dit aantal minuten alsnog aan verzoeker toe te kennen. Ook had de ziektekostenverzekeraar onderzoek moeten verrichten, omdat hij niet zeker wist of aanspraak bestond op de zorg ten laste van de zorgverzekering. Schriftelijke vastlegging van gesprekken komt de zorgvuldigheid ten aanzien van de besluitvorming ten goede.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De aanvraag van verzoeker betreft een aanvraag voor ondersteuning bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), namelijk advies, instructie, begeleiding, monitoring en bewaking. Uit gesprekken ten tijde van de eerste beoordeling is niet duidelijk geworden of ook momenten bestaan waarop sprake is van een overname van zorg, hetgeen noodzakelijk is om in aanmerking te komen voor wijkverpleging binnen de Zvw.
- 5.2. Volgens de indicerend wijkverpleegkundige bestaat een tekort aan zelfzorg en is toezicht en aansturing nodig met betrekking tot de ADL en de inname van medicatie. Verzoeker gebruikt medicatie in verband met tremoren en spasmen, alsmede vanwege een psychiatrisch beeld, onder andere verband houdend met verslaving. Op basis van deze informatie is onvoldoende duidelijk geworden óf en op welke grond aanspraak bestaat op wijkverpleging. Daarom is het dossier voorgelegd aan de medisch adviseurs van de ziektekostenverzekeraar, die hebben besloten contact

op te nemen met de huisarts van verzoeker. Uit het telefonisch contact met de huisarts van 18 mei 2017 is gebleken dat verzoeker een aangeboren afwijking heeft in de vorm van een congenitale spastische tetraplegie met chorea athetose, waardoor hij moeilijk loopt. Ook is hij bekend met een heupprobleem. De arm- en handfunctie zijn volgens de huisarts niet duidelijk beperkt. Ook is geen sprake van een - andere - somatische problematiek die overname van zorg noodzakelijk maakt. De huisarts heeft benadrukt dat een zinvolle dagbesteding kan bijdragen aan het verminderen van de klachten.

5.3. Gelet op het voorgaande is de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie gekomen dat de zorgvraag van verzoeker betrekking heeft op een zinvolle dagbesteding en toezicht en begeleiding ten aanzien van de ADL-zorg en medicatie-inname. De zorg houdt geen verband met de behoefte aan geneeskundige zorg als omschreven in artikel 2.4 Bzv, zodat de aanvraag voor het PGB vv is afgewezen. De zorgvraag van verzoeker lijkt het meest passend binnen de Wmo.

5.4. Met betrekking tot het 'Assessment' van de wijkverpleegkundige geldt dat verzoeker de beschikking heeft over een aangepaste douche en toilet. De meerwaarde van een verpleegkundige bij deze activiteiten zou van tijdelijke aard kunnen zijn. Een professional zal door middel van aansturing, stimulans en begeleiding van het goed gebruik van de hulpmiddelen verzoeker kunnen ondersteunen in het vergroten van zijn zelfredzaamheid. Voor deze tijdelijke zorg kan verzoeker gebruikmaken van zorg in natura.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat door de indicierend wijkverpleegkundige bij verzoeker zorg is geïndiceerd, bestaande uit hulp bij het douchen en telefonische controle op de medicatie-inname. Deze indicatie is niet correct, omdat de telefonische controle op de medicatie-inname geen zorg is waarop aanspraak bestaat ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband contact gehad met de indicierend wijkverpleegkundige en gesproken over de aanpassing van de indicatie. De verpleegkundige was bereid de indicatie aan te passen, maar wilde dit niet door middel van een bandopname laten vastleggen. De aanpassing heeft daarom geen doorgang gevonden. Daarom is de aanvraag voor het PGB vv afgewezen. Verzoeker moet met gebruikmaking van hulpmiddelen in staat zijn zelfstandig te douchen. Verder is hij niet gedurende langer dan een jaar aangewezen op de zorg.

5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog aan verzoeker toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 39 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

Uw recht op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. Deze zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntsysteem en casemanagement. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. (...)

Persoonsgebonden budget (pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). U hebt hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een pgb. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website. (...)

Bijzonderheden

1. U hebt alleen recht op deze zorg als u een indicatie voor verpleging en verzorging hebt en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een verpleegkundige, niveau 5. De verpleegkundige stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig hebt in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. (...)"

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"U komt in aanmerking voor het pgb vv als u:

1. behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft. (...)

Daarnaast dient u:

3. langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, (...)"

- 8.5. Artikel 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

1. u bent in het bezit van een indicatie, niet ouder dan 3 maanden, voor verpleging en verzorging zoals benoemd in artikel 2.1 en 2.2. van dit reglement; (...)"

- 8.6. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering

recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.


Verpleging en verzorging is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv. De aanspraak op het PGB vv is geregeld in artikel 13a Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.29a tot en met 2.29c Rzv.

- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil


Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat Persoonlijke Verzorging een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat deze zorg, onder voorwaarden, ook kan worden bekostigd met behulp van een PGB vv. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of verzoeker een indicatie heeft voor Persoonlijke Verzorging ten laste van de zorgverzekering. Alleen indien een indicatie op grond van de zorgverzekering aanwezig is, kan worden beoordeeld of verzoeker aanspraak heeft op een PGB vv. Ten aanzien van de indicatie voor Persoonlijke Verzorging overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. Gelet op de brief van het Zorginstituut van 11 april 2018 is van belang of sprake is van een behoefte aan geneeskundige zorg dan wel van een hoog risico daarop. In dat geval kan de benodigde zorg ten laste worden gebracht van de zorgverzekering, hetzij als Persoonlijke Verzorging dan wel als Verpleging. Indien daarentegen een behoefte aan begeleiding en zelfredzaamheid bestaat, kan de zorg onder de Wmo vallen. Het Zorginstituut kan uit de stukken niet afleiden welke behoefte aan zorg bij verzoeker aanwezig is, en onthoudt zich daarom van advies.
- 9.3. Uit het door de wijkverpleegkundige opgestelde zorgplan volgt dat verzoeker hulp nodig heeft bij de medicatie-inname en bij het douchen. Bij de medicatie-inname gaat het niet om het toedienen hiervan aan verzoeker - daartoe is hij zelf in staat - maar om een geregeld telefonisch contact met de vraag of verzoeker zijn medicatie heeft ingenomen. Het gaat hierbij dus om begeleiding en niet om Persoonlijke Verzorging.
- 9.4. Ten aanzien van de hulp bij het douchen geldt dat deze zorg nodig is omdat het verzoeker doorgaans niet lukt dit zelf te doen. De oorzaak hiervan ligt niet enkel in een psychische problematiek, maar wordt tevens veroorzaakt door de aanwezige spasmen en tremoren en door concentratieproblemen. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat verzoeker gebruik kan maken van hulpmiddelen, en dat hem kan worden geleerd deze op de juiste wijze in te zetten zodat zijn zelfredzaamheid kan worden vergroot. De ziektekostenverzekeraar is bereid hiervoor tijdelijk zorg in natura te verstrekken.








De wijkverpleegkundige, die verzoeker heeft gezien, heeft echter geoordeeld dat verzoeker bij het douchen intensieve controle en aansturing nodig heeft. Zij heeft verklaard dat de ADL geheel of gedeeltelijk wordt overgenomen. Gelet hierop is bij verzoeker met betrekking tot het douchen sprake van Persoonlijke Verzorging die ten laste van de Zvw komt. Niet valt in te zien waarom deze zorg slechts tijdelijk nodig zou zijn, laat staan dat de duur van de behoefte hieraan kan worden gekwantificeerd. Voorts valt niet in te zien waarom de zorg als zorg in natura moet worden afgenomen. De ziektekostenverzekeraar heeft zich in de procedure niet erop beroepen dat verzoeker niet in staat is het PGB vv te beheren en ook overigens staat niets aan toekenning in de weg. Gelet op de voorwaarden van de zorgverzekering en het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar, heeft verzoeker aanspraak op een PGB vv voor zover het de hulp bij het douchen betreft. Aangezien de ziektekostenverzekeraar de aanvankelijke betwisting van het aantal geïndiceerde minuten niet heeft gehandhaafd heeft verzoeker recht op drie keer 45 minuten per week en bestaat een indicatie voor 135 minuten Persoonlijke Verzorging per week.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


- 
- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt niet de mogelijkheid voor een PGB vv, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 
- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.4. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.
- 
- 9.7. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
- 
10. Het bindend advies
- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.4. Het meer of anders gevorderde wijst de commissie af.
- 
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.



Zeist, 26 september 2018,



H.A.J. Kroon